



Formulaire complémentaire AAH

Attention : ce formulaire ne doit être utilisé que pour compléter un dossier déjà déposé à la MDPH et en cours d'évaluation

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : Prénom (s)

Date de naissance : N° de dossier MDPH :

Numéro d'allocataire : () CAF () MSA () Autre

Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

Allocation aux Adultes Handicapés - AAH

Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

Un revenu d'activité

du : ___ / ___ / ___ au : ___ / ___ / ___

Un revenu issu d'une activité en ESAT

du : ___ / ___ / ___ au : ___ / ___ / ___

Des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du : ___ / ___ / ___ au : ___ / ___ / ___

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

Fait à : Le :

Signature : [] de la personne concernée [] de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale – Article 441-1 du Code pénal – Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

